

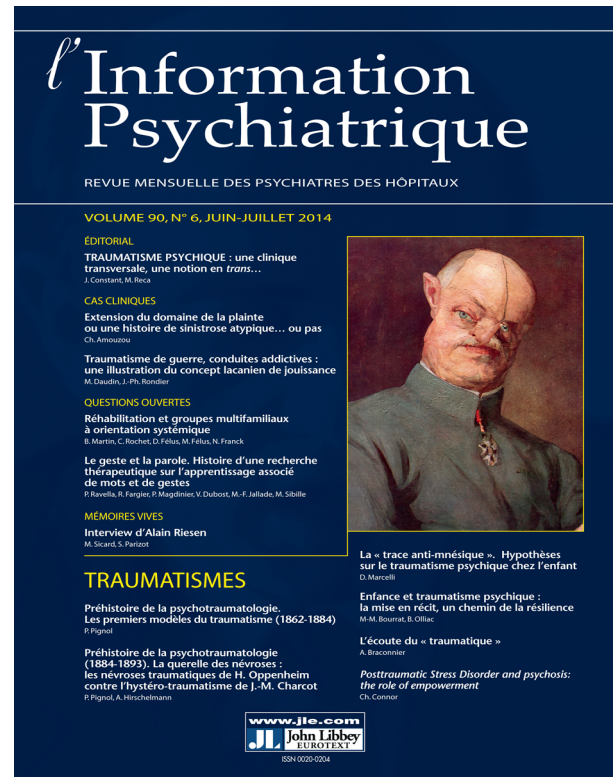


L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/ipe/sommaire.md?type=text.html>



Montrouge, le 21-07-2014

Marie-Michèle Bourrat

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :

Enfance et traumatisme psychique : la mise en récit, un chemin de la résilience

paru dans

L'Information psychiatrique, 2014, Volume 90, Numéro 6

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2014

Enfance et traumatisme psychique : la mise en récit, un chemin de la résilience

Marie-Michèle Bourrat¹, Bertrand Olliac²

RÉSUMÉ

Un nombre important d'enfants qui consultent en pédopsychiatrie présente une clinique avec des histoires traumatiques qui ont empêché la constitution d'une aire transitionnelle permettant la création d'un espace psychique différenciant réel et imaginaire et la possibilité de créer un espace pour la pensée. Si la résilience permet à un certain nombre d'enfants de construire leur personnalité dans ces situations, pour beaucoup l'accrochage au perceptif, la non-liaison par les représentations empêchent la mise en œuvre d'un processus de représentation dans lequel une représentation et le refoulement de celle-ci peuvent se constituer. Le traumatisme est, dès l'origine, au cœur de la théorie psychanalytique, importante au sein de l'œuvre de Freud, elle est toujours articulée avec l'excitation. Comment aider ces enfants à devenir résilient et à surmonter le traumatisme ? La psychothérapie et la mise en mot sont souvent inopérants. Le travail de groupe psychanalytique permet cette mise en représentation en passant par le travail émotionnel, par la mise en jeu corporelle et motrice, puis par la figurabilité, par la représentation et parfois, mais exceptionnellement par la mise en parole. Ce type de traitement qui est directement inspiré par la psychanalyse nous paraît être une réponse très importante à la clinique d'aujourd'hui où le traumatisme dans toutes ses acceptions joue un rôle prépondérant.

Mots clés : traumatisme psychique, enfant, psychothérapie psychanalytique, représentation émotionnelle, psychothérapie de groupe, symbolisation

ABSTRACT

Children and psychic trauma: The narrative and a way of resilience. A significant number of children who visit this child psychiatric clinic with traumatic stories have prevented the formation of a transitional area to permit the creation of a mental space, differentiating real and imaginary and the possibility of creating a space for thought. If resilience allows a number of children to build their personality in these situations, for many they can only cling to what they actually perceive. Trauma is from the outset at the heart of the important psychoanalytic theory in Freud's work, and is always articulated with excitement. How to help these children become resilient and overcome their trauma? Psychotherapy and establishing specific words are often ineffective. The type of treatment that is directly inspired by psychoanalysis seems to us to be a very important response to today's trauma clinic in every sense and therefore plays an important role.

Key words: psychic trauma, child, psychoanalytic psychotherapy, emotional representation, group psychotherapy, symbolization

¹ Psychiatre d'enfant, praticien hospitalier honoraire, directeur CMPP, Psychanalyste SPP, 29, rue Alexandre-Ribot, 87000 Limoges, France
<mmbourrat@gmail.com>

² Pédopsychiatre praticien hospitalier, Pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier Esquirol, 15, rue du Dr.-Marcland, 87025 Limoges, France.

Inserm UMR 1094, faculté de médecine, 2, rue du Dr-Marcland, 87032 Limoges cedex, France

Tirés à part : M.-M. Bourrat

RESUMEN

Niñez y trauma psíquico: la puesta a relato, un camino de la resiliencia. Muchos de los niños que acuden a consulta de pedopsiquiatría presentan una clínica con historias traumáticas que han impedido la constitución de un aérea transicional que permita la creación de un espacio psíquico que diferencie lo real y lo imaginario así como la posibilidad de crear un espacio para el pensamiento. Si la resiliencia permite que cierto número de niños construyan su personalidad en estas situaciones, para muchos el enganche a lo perceptivo, la falta de vinculación mediante las representaciones impiden la puesta en marcha de un proceso de representancia en el que una representación y la inhibición de la misma pueden constituirse. Desde el origen el trauma está en el corazón de la teoría psicoanalítica, importante dentro de la obra de Freud, va siempre articulada con la excitación. ¿Cómo ayudar a estos niños a convertirse en resilientes y superar el trauma? La psicoterapia y la puesta en palabras muchas veces son inoperantes. La labor del grupo psicoanalítico permite esta puesta en representación pasando por la labor emocional, la puesta a práctica corporal y motriz, luego por la figurabilidad, por la representación y a veces, pero excepcionalmente por la puesta en palabras. Este tipo de tratamiento directamente inspirado en el psicoanálisis nos parece ser una respuesta sumamente importante a la clínica de hoy en el que el trauma en todas sus acepciones desempeña un papel preponderante.

Palabras claves : trauma psíquico, niño, psicoterapia psicoanalítica, representación provisional, resiliencia, psicoterapia de grupo, simbolización

Là, j'ai un retour d'émotion... peut-être le fait de rappeler les souvenirs... j'ai un retour d'émotion parce que la claque était identique... Le jour entrainait exactement comme ça en laissant un rai de lumière sur les parois du hangar.

Là je ressens ce retour du souvenir. Ce n'est pas une représentation du passé mais plutôt un détail que je perçois et qui... toc !... fait revenir le passé. L'émotion, elle, est provoquée par ce retour du souvenir.

Ce n'est pas de la tristesse... non plutôt... de l'étonnement. C'est une émotion d'étonnement qui me saisit quand je réalise : » j'ai donc vécu ici ! ». C'est la vie et toutes les vies sont folles !

Boris Cyrulnik. *Je me souviens.* [9]

Un nombre important d'enfants qui consultent en pédopsychiatrie aujourd'hui présentent une clinique en lien avec le traumatisme. Fréquemment sont mis en avant par la famille, mais aussi recherchés par les consultants des événements traumatiques [3]. Soit les histoires sont clairement traumatiques et ont empêché la constitution d'une aire transitionnelle permettant la création d'un espace psychique différenciant réel et imaginaire, soit la notion de traumatisme est plus difficile à retrouver, mais la symptomatologie évoquée avec l'accrochage au perceptif et au moteur incitent à rechercher derrière l'impossibilité de penser des traumatismes en creux. Comment définit-on le traumatisme aujourd'hui ? Et quelle est sa clinique ?

Traumatisme, dans le langage courant, désigne l'impact psychique d'un événement (deuil, séparation, maladie, accident...) qui a marqué douloureusement l'existence d'une personne. On l'utilise aussi dans le contexte d'une catastrophe de plus grande ampleur (comme une guerre, un tremblement de terre, etc.). Ce terme semble suremployé dans le langage commun et donne lieu, quasi immédiatement, à des réponses de l'ordre de l'acte, destinées à en prévenir les conséquences. Il est souvent difficile lorsque

l'on est confronté à des demandes concernant ce type d'évènement d'évaluer immédiatement le potentiel traumatique psychique que celui-ci peut avoir. Car toute situation potentiellement traumatique peut aussi être élaborée, élaboration qui peut être plus ou moins différée, plus ou moins retardée. Cela nous amène assez souvent à proposer un accompagnement pour ceux qui entourent l'enfant de façon à aider ou à soutenir le processus d'élaboration et d'aide à la résilience.

Sans reprendre dans cet article toute la clinique du traumatisme chez l'enfant [23], ni la théorie psychanalytique [7], nous voudrions, en nous appuyant sur l'une et sur l'autre, illustrer à travers deux vignettes cliniques comment un pédopsychiatre est confronté dans sa clinique quotidienne à cette notion de traumatisme psychique et les aménagements thérapeutiques auxquels cela peut le conduire.

Le traumatisme psychique aujourd'hui

Mais qu'en est-il du traumatisme psychique ? Selon M. de Clercq [10] reprenant plusieurs auteurs : « Ce qui fait traumatisme psychique, ce n'est pas la qualité de l'évènement traumatique mais bien la réalité de la rencontre avec le réel de la mort ». Le traumatisme psychique reste pour les psychiatres un phénomène intrapsychique, répondant à l'intérieur d'un sujet à une situation traumatisante accidentelle, soudaine et imprévisible. Freud dans « Au-delà du principe de plaisir » [18] reprend la notion de trauma en la reliant à l'effroi qui survient quand on tombe dans une situation de danger sans y avoir été préparé. Ce qui devient traumatique, c'est tout ce qui submerge l'appareil psychique et l'empêche d'effectuer son activité de liaison. Les événements extérieurs sont catastrophiques lorsqu'ils entraînent une désorganisation de la vie psychique par excitation en lien avec la quantité énergétique non liée. On

entre alors dans le domaine de l'irreprésentable (Damiani cité par De Clercq) [10]. Le trauma psychique vient interrompre le sentiment de la continuité d'exister ; il entraîne le sujet dans un éprouvé qui empêche la mise en récit, voire même l'impossibilité de se penser au cœur du traumatisme. On comprend facilement que les enfants et tout spécialement les petits enfants puissent en être victimes. La résilience face à ces traumatismes est en grande partie liée à l'environnement familial et social, ainsi qu'à la répercussion qu'aura l'évènement traumatique sur l'environnement lui-même [3].

Un traumatisme en deux temps ou plutôt sur deux générations

« Quentin est un petit garçon de six mois qui, dès la salle d'attente, m'impressionne : il gesticule sans arrêt, se dresse sur ses deux jambes qui soit se raidissent en prenant appui sur les genoux maternels soit s'agitent dans le vide tels deux ressorts animés d'un mouvement perpétuel. Il glisse des genoux de sa mère, s'agite en direction d'objet qu'il ne prend pas, semblant presque immédiatement diriger son attention ailleurs. Il passera la majorité de la consultation dans les bras de sa mère. Lorsqu'épuisée, elle le tendra au père, cela n'amène aucun changement : Quentin perçoit-il même qu'il change de bras, cela n'est pas certain.

La prise du biberon elle-même n'entraîne aucune sédation. Quentin ne se fousse jamais, il rejette la tête en arrière, recherche la position debout. Il se dresse seul par de violents coups de rein, attrape le biberon pour le mettre seul à la bouche. Même à ce moment, comme durant toute la consultation, il n'y a aucun échange de regard entre le bébé et sa mère.

Il m'est quasi impossible d'obtenir une fixation de son regard, il ne m'évite pas, mais me balaye. Il ne se calme jamais. Le contact est possible cependant, il réagit à l'appel de son prénom, l'insistance de ma part pour obtenir un contact visuel entraîne un léger arrêt de l'agitation et des pleurs. C'est mon absence de mouvement et mon silence qui lui permettent de s'apaiser un peu avant de reprendre sa danse effrénée sur les genoux de sa mère.

En revanche, ce que je peux percevoir de l'éveil psychomoteur me semble bon : il change les objets de main, ébauche la préhension pouce/index ; lorsqu'il prend un objet, il l'observe quelques secondes et l'agite violemment, ce qui rend celui-ci rapidement dangereux.

Je note après la consultation : « petit bébé vu en compagnie de son père et de sa mère, qui se met fréquemment en hyper-extension, tête en arrière, donne l'impression de ne jamais être bien, il est agité de mouvements incoordonnés et brutaux, tend les bras vers des objets qu'il ne prend pas. Il s'agite et crie beaucoup, les parents paraissent épuisés par ce bébé très différent de leur premier fils âgé de quatre ans, la nounou menace d'arrêter de le garder. Ils ne

savent pas comment réagir avec lui et sont complètement désorganisés ».

Lors de cette première consultation, il sera essentiellement question des problèmes médicaux dans les suites de la naissance de Quentin : l'accouchement s'est mal passé, il a été très long, sans anesthésie péridurale, il a entraîné une bosse séro-sanguine très importante chez Quentin. Le service de maternité n'en aurait pas fait grand cas et, 15 jours après sa sortie, Quentin a présenté une fièvre très importante qui, résistant aux antibiotiques, va entraîner l'hospitalisation en pédiatrie avec la nécessité de perfusions. Cette maman pleure en parlant de la souffrance de son fils, de son impuissance à l'empêcher, en évoquant la culpabilité de ne pas s'être inquiétée plus rapidement à propos du céphalématome comme le lui conseillaient les arrière-grands-mères trouvant que « ce n'était pas normal ».

Je suis perplexe. Je note ce que j'appelle une émotionnalité à fleur de peau de la maman. Je conclus avec de nombreux points d'interrogation en raison du peu d'éléments psychiques qui me sont transmis lors de cette consultation : dépression maternelle ? Hyperexcitabilité ou hyperactivité chez Quentin avec détournement actif du regard maternel ?

Compte tenu de l'éloignement de cette famille, je suis d'emblée conduite à ne proposer que des consultations mensuelles d'autant plus que la mère a repris son travail. Après cette première consultation avec le père, elle viendra seule avec Quentin le plus souvent.

Lors de la seconde consultation, la situation est toujours aussi difficile à deux éléments près : Quentin a changé de gardienne, la première ayant refusé de poursuivre, celle-ci a dit à la maman « On va bien y arriver » et la maman va changer de travail pour obtenir des horaires plus adaptés à ses deux enfants. Quentin sur les genoux de sa mère ou calé à ses pieds m'apparaît toujours dans la même agitation, ponctuée de cris et de demandes perpétuellement insatisfaites. La maman, elle, s'installe plus confortablement dans le fauteuil. À un moment où elle a posé Quentin par terre et où il s'agite en criant, je le prends sur mes genoux d'autant plus volontiers que sa mère est en train de me raconter sa propre enfance. Elle m'explique d'une voix égale qu'elle a vécu un énorme traumatisme : son frère a été écrasé, sous ses yeux, par un camion fou montant sur le trottoir, elle n'a dû son salut qu'au réflexe d'une commerçante qui l'a tirée par le bras dans sa boutique, sa mère a été blessée. Lors de ce traumatisme, elle était âgée de sept ans et, depuis cette date, selon ses mots, elle « prend soin » de sa mère.

Au fur et à mesure qu'elle parle de cet accident, de sa souffrance et de son impossibilité à faire le deuil de ce frère, Quentin peut s'apaiser momentanément dans mes bras acceptant que je le tiens serré selon une des techniques préconisées par Brazelton avec les bébés difficiles. Nous décidons la poursuite de consultation mère-bébé tous les mois seulement pour des raisons de distance.

Sans raconter toute cette thérapie, quelques points importants : le premier changement pointé par la maman : « Nous nous regardons enfin ! Quentin a 11 mois » m'écrit-elle à l'occasion d'une interruption du suivi de son fait.

Son évolution : à deux ans Quentin s'est totalement transformé : il joue avec des animaux, avec des petites voitures, il associe à ses jeux ses parents, son frère, sa nounou, le petit garçon aîné en garde. Il a des moments de calme et aussi de colère quand on lui dit « non ». Il embrasse son nounours, les animaux, les autres enfants, mais pas ses parents. Il est très attentif, observateur de ce qu'on fait autour de lui, vérifie dans le bureau qu'il retrouve toujours les mêmes objets favoris. Il parle, il fait des phrases, se nomme depuis peu : pendant très longtemps il ne se nommait qu'en employant le prénom de son frère. Dans la glace, il montre qu'il se reconnaît, mais ne se nomme pas encore. Il emploie tous les petits mots dont L. Danon-Boileau [11] dit qu'ils marquent la valeur communicationnelle et expressionnelle du langage et qu'ils signent l'émergence de la capacité de penser et de se penser : « a pu » « encore » et « non ».

Enfin pour terminer une anecdote contre-transférentielle traduisant bien le court-circuit de la pensée qu'entraîne le phénomène traumatique. Nous sommes à huit mois de thérapie mère-bébé mensuelle soit six séances, Quentin a 14 mois, il joue à récupérer les morceaux d'un puzzle. En fait il s'agit d'une maman lapine en bois qui a des bébés lapins jumeaux dans son ventre, le tout en morceaux. Quentin met soigneusement dans un petit faitout à couvercle les morceaux des bébés qu'il récupère soigneusement tandis que sa mère me parle de la relation à son propre frère, de sa culpabilité de lui avoir lâché la main, du morcellement de sa famille, du fait qu'elle n'a jamais eu de photos de son frère, que sa mère en a une grande. . . qu'elle hésite à lui en demander une.

Je suis admirative compte tenu de la situation initiale, de la « capacité de solitude » de Quentin et aussi de l'application de son jeu, il récupère avec soin tous les morceaux des bébés, les agite dans le faitout, les disperse et les rassemble à nouveau. Sa mère se plaint que personne n'a jamais pris soin d'elle, qu'elle doit toujours se débrouiller seule. D'ailleurs, elle assume, elle a toujours assumé. Il ne me vient aucune idée pendant toute la durée de la séance. La consultation est terminée, de retour dans le bureau, je range le matériel. En effectuant cette activité, brutalement, je réalise que Quentin, à sa façon, soignait sa mère en lui montrant qu'il pouvait l'aider à rassembler les morceaux dispersés de son existence, alors que moi, je n'avais pu faire aucun lien, me contentant de lui proposer mon aide pour descendre la poussette dans l'escalier, ce à quoi elle m'avait répondu « je me débrouille ». La prise en compte dans un après-coup rapide associé à la disposition favorable des lieux me permet de les retrouver dans le couloir et de leur faire part de ma compréhension de ce qui s'était passé durant cette séance. . . Cette maman accepte alors que je l'aide à porter la poussette dans les escaliers. . .

Que dire de ce traumatisme de l'enfance ? Débordement pulsionnel et irréprésentabilité

Le traumatisme subi par cette petite fille de sept ans n'a été pris en compte ni par les parents séparés à ce moment là, ni par l'environnement. On peut penser en quelque sorte qu'elle était résiliente, elle n'a pas présenté de symptomatologie, a poursuivi des études normales, s'est mariée, a eu un enfant sans éprouver de difficultés particulières jusqu'à la naissance de ce second enfant. Ce traumatisme déjà ancien apparaissait jusque là appartenir au passé et avoir été surmonté.

Tout se passe, comme si cet enfant-ci, sans doute en raison de ses caractéristiques personnelles, mais aussi des circonstances événementielles, venait faire effraction du système de défense construit par cette maman pour ne plus être aux prises avec le traumatisme initial et réactiver chez la mère un trauma qui entraînerait chez ce bébé une réponse symptomatologique que nous appellerions psychosomatique. Ou autrement dit, l'expression symptomatique de l'enfant devient la mise en acte du trauma subi par la mère qui ne pouvait s'exprimer en mot. Cette organisation traumatique était restée jusque là muette ou plutôt les éléments d'émergence n'avaient jamais pu être mis en lien avec le traumatisme, même pas par la mère elle-même.

Dans ce cas, c'est à la définition du trauma donnée par Freud en 1915 dans les conférences d'introduction à la psychanalyse [16] que l'on se réfère : « Nous appelons ainsi une expérience vécue qui apporte en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échouent ».

Cette clinique du traumatisme transmis est assez fréquente en pédopsychiatrie. Mais la question doit être posée de la place réelle à donner au traumatisme retrouvé à l'occasion de la consultation [3] et surtout celle du comment aider à son élaboration, la mise en parole n'étant pas un moyen de franchir le caractère irréprésentable de cette situation [7]. Cette difficulté d'élaboration est illustrée par notre propre incapacité contre-transférentielle de penser qui nous a conduit à un passage à l'acte [5]. Quentin a reconsulté très récemment, conduit par sa mère, pour des difficultés à mettre des mots sur des expériences de harcèlement subies à l'école. Elle-même, questionnée, me confirme qu'elle n'a jamais pu mettre des mots auprès de ses enfants sur sa propre histoire infantile. Cela étant Quentin ne va pas mal, a trouvé des moyens assez opérants de gérer ses propres difficultés psychiques, mais il lui manque, c'est vrai, des éléments de son histoire qui restent maintenus, conscients mais innombrables dans le psychisme maternel. C'est probablement cette impossibilité qui a entraîné l'arrêt du traitement, arrêt présenté comme lié à des conditions de réalisation difficile

(distance, temps, difficultés matérielle), mais en fait mis en œuvre au moment où l'autonomisation et la compréhension de Quentin se mettait en place et ne justifiait plus sa venue.

Une vignette clinique d'un trauma très précoce

Elle concerne deux petits Américains âgés de trois ans et demi et deux ans. L'aîné est amené en consultation par ses grands-parents maternels pour un refus de parler, de plus il présente de nombreux cauchemars qui rendent les nuits difficiles.

Ils sont en France depuis peu en raison d'un « accident familial » : leur mère est décédée, leur père, responsable de l'accident, serait incarcéré. Rien n'aurait été dit aux deux enfants, ni de la mort de leur mère, ni de l'incarcération de leur père, les grands-parents s'en déclarent incapables.

Lors de la première consultation, le grand-père parle de « l'accident » à demi-mot, en baissant la voix ; les circonstances lui en sont inconnues, « si vous voulez les connaître », me dit-il, « il faut prendre contact avec l'assistante sociale de Floride ». Il insiste beaucoup, elle connaît très bien la situation, elle a pris en charge les enfants depuis l'accident, elle les a accompagnés dans une famille d'accueil aux États-Unis pendant quelques mois, puis à Limoges quand ils ont été confiés par le juge à la garde des grands-parents maternels.

Pendant tout le début du traitement plane un certain mystère, une impression vague, celle de ne pas tout savoir... mais dès cette première consultation, plusieurs éléments m'intriguent et suscitent mon intérêt.

Edward, l'aîné, a apporté à ses grands-parents une photo de Paris-Match où une femme est étendue sur le sol devant une voiture. Les grands-parents me disent lui avoir parlé d'accident. Moi-même, j'avais la représentation d'un accident de voiture dont le père aurait été responsable, je ne comprenais pas bien l'incarcération du père, la mettant sur le compte des lois de Floride... Le grand-père a bien entendu dans ce geste de son petit-fils un appel, mais il se sent incapable de lui parler. Il associe avec le fait qu'Edward se met en colère, si on laisse devant la photo de sa mère des fleurs fanées.

En fait j'apprendrais par un document de justice, transmis quelque temps après le début de la prise en charge, qu'il y a eu meurtre : le père a tué son épouse en présence des deux enfants, le bébé sur les genoux de sa mère a échappé par miracle à la mort. Ils avaient deux ans et huit mois.

Pendant la consultation, les deux enfants échangent beaucoup dans un jargon totalement incompréhensible. L'aîné se montre très protecteur à l'égard de cadet, mais il reste figé, avec ce qui m'apparaît comme un sourire ric-tus, il participe peu, ne montre que peu d'initiative. L'idée

qui me vient est qu'« il est de marbre » sauf à l'égard de son frère qui, lui, explore le matériel, échange avec moi, même si cela reste limité et utilitaire.

Pour Edward un seul jeu sera investi, celui que je propose, un jeu de dévoration par l'intermédiaire de crocodiles : ce jeu donnera lieu à un commentaire du grand-père : « c'est à peu près la seule chose dont je me rappelle, quand nous étions allés là-bas, je promenais Edward dans sa poussette, sur le bord de la route, il y avait un fossé avec des crocodiles, c'était assez terrifiant, tu te souviens Edward ? » Il n'obtient aucune ébauche de réponse.

Selon les grands-parents, Edward souffre, car il se souvient de sa mère, ils associent avec le fait qu'il ne montre aucun intérêt pour la caisse de jouets arrivée des États-Unis. Il a même abandonné son « nounours ». Pour eux, Brian n'a aucun problème, « il était trop jeune, il n'a aucun souvenir », disent-ils.

Traumatisme précoce : Hiflosigkei et clivage

Le traitement d'Edward s'échelonna sur plusieurs années avec un suivi en groupe parents-enfant et un suivi médico-éducatif individuel. Comme il s'agissait d'un groupe parents-enfant, le grand-père qui a toujours accompagné Edward avait pris l'habitude d'amener Brian. Au début, il le gardait près de lui dans la salle d'attente, mais le dispositif facilitant la communication entre la salle d'attente (où se trouvaient les parents avec un thérapeute) et la pièce de groupe (où se trouvaient trois thérapeutes et la plupart des enfants), Brian vint peu à peu dans l'espace du groupe sans que rien n'en fût dit. Environ un an après le début de ce travail, Brian jouait près de moi avec l'ambulance Play-mobil. Brutalement retentit dans la pièce les hurlements d'une sirène américaine identifiable à coup sûr. Tout aussi spectaculairement, le groupe des enfants et celui des adultes se figèrent dans un silence de mort. C'est l'angoisse ressentie à ce moment-là, dans un partage émotionnel très fort, qui m'incita à répondre quasi en urgence dans le jeu : je vins à la rencontre de cette ambulance m'efforçant de l'entourer, de prendre soin de ses passagers, sans aucune verbalisation. Du côté de Brian, je crus entendre des murmures évoquant pour moi soit des sanglots, soit le langage que j'avais constaté lors de la première consultation entre lui et son frère.

Cette séance fut-elle une forme de reviviscence du trauma ou me suis-je laissé emporter par mes propres associations et mon immersion dans le drame ? Ce qui fut visible, c'est que Brian sortit de cette séance épuisé, porté dans les bras de son grand-père. Par la suite, nous avons constaté qu'il s'autonomisa nettement de son aîné, qu'il demanda aux adultes qu'on joue répétitivement à des jeux de nourrissage et de maternage, renversant quasi systématiquement les rôles.

Ainsi Brian qui, au dire de ses grands-parents ne souffrait pas, qui ne fut jamais inscrit comme consultant, fut-il en quelque sorte « soigné » de surcroît. Il nous a semblé se développer par la suite de façon satisfaisante, il est venu jusqu'à la fin de sa deuxième année de maternelle, les échos que nous avons pu en avoir par la suite étaient rassurants, mais comme le dit B. Cyrulnik, [8] « attendons qu'il soit parent pour savoir ce qu'il en sera. . . ».

Trace mnésique sensorielle et surgissement de l'irreprésentable

Ce que cette vignette clinique met en évidence, c'est d'abord la trace mnésique sensorielle auditive que Brian garde de l'évènement. L'intensité émotionnelle, l'affect en quelque sorte lié à cette trace mnésique, était si fort qu'il a induit chez les thérapeutes, mais aussi chez tous les participants, surprise et sidération. Comme si nous étions dans la situation traumatique, elle-même, dans une répétition à l'identique par cette trace mnésique sensorielle. Brian nous a ainsi fait vivre sans doute son ressenti lors de l'évènement, émotions qu'il n'avait pas la possibilité de traduire en mot en raison de son absence de langage au moment du traumatisme. Le dispositif mis en place lui a permis cette expression émotionnelle de sa détresse [7], détresse qui n'était pas perceptible car Brian, comme le disait ses grands-parents, ne souffrait pas. Il était résilient. Et pourtant dans le compte-rendu de l'assistante sociale de Floride intervenue au moment de l'évènement, elle était évoquée derrière ses comportements : « à mon arrivée, Edward et Brian étaient apparemment traumatisés, nerveusement ébranlés et souffraient d'une "anxiété de séparation" causée par la perte de leur mère à ce jeune âge. Ils pleuraient sans cesse et ne pouvaient se calmer. »

Si l'on veut rapprocher ce qui se passe pour Brian de la théorie psychanalytique, il nous faut reprendre la dimension de ce qu'on nomme le trauma [1]. Ce bébé est donc brutalement en proie à un afflux excessif sensoriel et émotionnel ainsi qu'à une absence brutale de l'objet. Il ne trouve aucun objet adéquat pour l'aider à métaboliser cette situation de détresse. Il se retrouve seul et c'est bien la dimension de l'*Hiflosikeit* (détresse primaire) qui peut nous aider à décrypter la situation [19]. Pour Freud, la naissance n'est pas la situation originelle traumatique, pas plus qu'elle n'est un fantasme originaire, elle peut seulement fournir des proto-sensations de l'angoisse. Ce qui est traumatique, c'est la situation de détresse ressentie par le sujet qui ne peut abréagir son angoisse. Ce qui le conduit à refuser, dans la théorie de Rank toute la théorisation sur le vécu subjectif par l'enfant d'un trauma à une période aussi précoce, toute possibilité d'un contenu psychique de cette expérience. Il acceptera toutefois l'inscription éventuelle de traces tactiles ou coenesthésiques (1926) [19].

Du fait de l'absence de réponses adéquates, par absence de l'objet maternel, le bébé Brian ne peut ni contenir, ni métaboliser, ni lier la décharge pulsionnelle à une représentation. Il se voit plongé dans un état de terreur et d'effroi, faute de capacité à introjecter la poussée pulsionnelle [12]. À la lumière des éléments que nous possédons, nous pouvons imaginer que la décharge par la désorganisation, les cris et les larmes signalés par l'assistante sociale ont été insuffisants pour permettre « l'abréaction » de la situation [17]. Ce bébé a pu, grâce aux bons soins immédiats apportés par une famille d'accueil apparemment adéquate, grâce à la présence de son frère, seul survivant de l'histoire antérieure, enkyster les éléments sensoriels et émotionnels en les clivant et en constituant comme le note Ferenczi [13] dans ces situations très précoces, « des zones psychiques mortes à l'intérieur du moi, « un état dans l'état » dit Freud.

Dans cette situation, on peut parler de fonctionnement en traumatique au sens de la névrose traumatique. On ne peut pas reprendre ici toute la théorie de la constitution des névroses traumatiques à partir des névroses de guerre (que Freud rapproche des névroses survenant en temps de paix ou des névroses de transfert) mais on est bien obligé de constater que la dimension économique est présente dans cet exemple clinique. Cet enfant déploie une visée anti-traumatique en répétant le trauma dans sa dimension sensorielle, il lutte contre l'effroi éprouvé en le répétant et en le diffusant sur l'environnement, [12] seule possibilité de métabolisation et de construction élaborative du trauma, en raison de son jeune âge et de l'absence d'objet maternel permettant les transformations élaboratives par l'intermédiaire de « l'appareil à penser » maternel.

Selon Ferenczi, [14] ces traumas précoces vont entraîner une expérience de ce qui n'a pu avoir lieu, constituant ainsi une expérience douloureuse négative qui entraîne selon ses mots une auto déchirure, qui transforme brutalement la relation d'objet devenue impossible en une relation narcissique. Toute cette théorisation de Ferenczi est reprise par T. Bokanowski, 2005 [2] avec l'importance donnée au clivage à la fragmentation du moi nécessaire pour permettre la survie mais entraînant d'importantes carences de représentation qui font que, dans l'analyse (de l'adulte), les liens avec le trauma n'apparaîtront que par le travail du contre-transfert qui pourra donner représentation aux éprouvés non représentables (cf. la première observation).

Traumatisme, angoisse et inhibition du moi

Si on s'intéresse à l'aîné Edward, on constate que ce petit garçon n'est pas exactement dans la même situation que son frère. Même s'il est lui aussi très jeune, il est, dans la parole, en train de se construire. Il présente déjà sans aucun

doute des proto-représentations, en tout cas au moins des images visuelles, c'est ce qui lui fera utiliser la photo de l'accident ou la symbolique commune des fleurs fanées, mais ne nous trompons pas pour autant, il ne s'agit que de figurations, c'est-à-dire d'« images » importées, transposées, copiées qui ne sont pas encore des représentations mentales permettant un travail psychique par glissement d'une représentation à l'autre. Si l'on reprend la façon dont nous sont retransmis le vécu des deux enfants immédiatement après l'évènement, tous les deux sont qualifiés de traumatisés, mais seul Edward va présenter des manifestations symptomatiques post-traumatiques : des troubles du sommeil avec cauchemars, des symptômes psychosomatiques, une régression de la marche. Les troubles du sommeil sont-ils des reviviscences traumatiques, s'agit-il de terreurs nocturnes ? Nous n'en savons rien, les discours tenus à leur propos l'évoquent mais nous n'en avons pas la certitude et l'âge (deux ans) rend l'interprétation difficile. Nous pouvons cependant émettre l'hypothèse qu'il s'agit au moins d'un rêve qui échoue à remplir sa fonction de pare-excitation puisqu'il n'aboutit pas à conserver le sommeil. Les propos de l'assistante sociale américaine vont dans ce sens : « Les premiers jours dans une maison de garde, Edward a eu beaucoup de mal à être réconforté. Il a aussi eu du mal à dormir. Puis il a refusé de marcher et se traînait à quatre pattes, il a recommencé à marcher avec beaucoup d'encouragement de la mère adoptive ».

Deux semaines après l'incident, Edward a commencé à avoir des cauchemars, et cela a continué pendant quelques temps. Les parents adoptifs réveillaient Edward et le promenaient, tout en le réconfortant, avant qu'il ne revienne au lit. Cela s'est produit à plusieurs reprises pendant des semaines.

Dans la théorisation de 1926, [19] le traumatisme est constitué par le fait que les excitations externes sont assez fortes pour désorganiser complètement le pare-excitation. On est là dans le domaine de l'énergétique mais il ne s'agit plus comme au départ d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé, mais bien plus de lier les sommes d'excitation qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation. Ce qui est déterminant, c'est l'expérience que le sujet fait de l'effroi, expérience non préparée, à la différence des situations angoissantes où l'angoisse prépare le surinvestissement des systèmes récepteurs de l'excitation qui représentent la dernière ligne de défense du pare-excitation [19]. Bien entendu, cette préparation n'est possible et efficace que jusqu'à un certain seuil du traumatisme.

Et l'analyse des phénomènes post-traumatiques comme les rêves traumatiques ou les reviviscences sont interprétées par Freud selon la théorie de la compulsion de répétition et non sous le primat du principe de plaisir. Tous ces phénomènes ont, selon lui, comme fonction de maîtriser l'expérience traumatique, en réactivant l'angoisse pour permettre la maîtrise de l'excitation. Ces rêves sont au service

de la liaison psychique de l'impression traumatique pour permettre de sortir de cette impasse et redonner le primat au principe de plaisir. C'est ainsi que se constitue dans la théorie freudienne la notion de névrose traumatique et son moteur qui est la compulsion de répétition [18].

En fait, ce qui est redouté, c'est bien un danger interne, un dommage psychique : « un état d'excitation et de tension qui est ressenti comme déplaisir et dont on ne peut se rendre maître par la décharge ». Le moi est effracté, et la revendication libidinale excessive reste le moteur du traumatisme [18].

Pour essayer de répondre à la question d'où vient cette revendication libidinale excessive, Freud individualisera l'angoisse en lien avec le traumatisme occasionné par la perte de l'objet. Dans sa théorisation apparaît une double valence, cette angoisse signal ayant pour le sujet une valence structurante, la possibilité d'intériorisation de l'objet, mais aussi valence négative empêchant toute transformation processuelle et maintenant le traumatisme dans un état figé dont le symptôme constitue l'expression vidée de tout sens associatif [11]. Edward présente une réaction psychologique à une situation traumatique où s'articulent le traumatisme lui-même, mais aussi la séparation, les pertes, celle de la mère, celle de sa langue maternelle (peut-être) en tout cas de ses liens originels et constituants, comme en témoigne le désinvestissement de l'ours en peluche et de ses jouets en provenance des États-Unis. Brian lui ne peut pas « mémoriser » le traumatisme, il n'a pu que ressentir la détresse.

Cependant, ce qui est en jeu pour les deux, à la différence des traumatismes renvoyant à la théorie de la séduction et au sexuel [17], c'est que l'on est dans la non-inscription d'un évènement dans les processus de représentation, voire dans une symbolisation primaire : ce quelque chose, cette trace non symbolisable se traduit par des « agirs » compulsifs, ou des symptômes hors de toute réminiscence, de toute métaphorisation, contrairement même à l'impression que nous pourrions en avoir. Alors que dans le trauma sexuel, c'est la valence attractive de la force pulsionnelle qui attire tout à elle et articule la représentation de l'évènement traumatique [17]. Elle assure à la fois l'organisation et la désorganisation psychique, elle soumet les représentations au refoulement, permet le fonctionnement sous le primat du principe de plaisir, et lui permet de devenir le moteur du conflit psychique et du déploiement de la névrose de transfert, calqué sur la névrose infantile [11].

Peut-on représenter l'irreprésentable ?

À la verbalisation du patient par la catharsis que préconisait Freud dans sa première théorisation répondrait chez l'enfant ayant vécu un traumatisme en deçà du langage, ou en difficulté de représentation la possibilité d'une actualisation émotionnelle et sensorielle du traumatisme dans une

mise en jeu corporelle et motrice [14]. C'est ce qui s'est passé avec Brian où la réponse dans le jeu lui a permis de développer son « moi » autonome, sans doute aussi parce que ce partage émotionnel s'est passé à proximité de son frère et de son grand-père, mais aussi avec des thérapeutes qui ont permis par leur réponse dans l'acte de jeu, que se dénoue cette chape de silence, sans que pour autant soit fait référence directe à l'évènement traumatique. Cela renvoie à ce que développe B. Cyrulnik dans ses différents ouvrages en particulier « Un merveilleux malheur » [8] sur l'ambiguïté qu'il y aurait à parler « Partager son malheur, c'est altérer nos proches » et « S'il faut parler, dit-il, c'est après tout un travail de musculation du moi ». C'est ce qui nous a conduit à développer une technique thérapeutique originale. Véritable alternative psychanalytique à la psychothérapie, les groupes thérapeutiques tels que nous les concevons, animés par un psychanalyste associé à d'autres thérapeutes (psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, psychologues...), permettent une mise en jeu des problématiques en deçà du langage et de la verbalisation [6].

Il est fréquent que des parents viennent vers le pédo-psychiatre avec comme discours : « Nous venons de vivre un cauchemar, il n'en parle pas, je vous l'emmène pour qu'il parle ». Ces demandes, bien légitimes dans le contexte d'angoisse qui les sous-tend, nous met mal à l'aise car nous avons souvent le sentiment que soit le silence de l'enfant correspond à une nécessaire protection pour lui et doit être respecté, soit même que l'enfant ne « sait » pas ce qu'il est censé avoir besoin de dire.

Cliniquement, nous avons observé que, chez ces enfants qui ont subi des traumatismes ou des situations conflictuelles lourdes (deuil, divorce, suicide, attouchements, etc.), il est souvent préférable de leur proposer un abord indirect par le groupe, l'abord direct par la psychothérapie individuelle renvoyant trop souvent au souvenir reconstruit comme élaboration défensive devenue inabordable dans ses méandres inter- et intrapersonnel.

Quand l'excitation devient un précurseur de la représentation

On voit bien comment la mise en représentation peut être problématique. Notre apport original aux traitements de ces états connus de tous est de penser qu'il faut repasser par l'excitation [4]. Celle-ci peut, dans un premier temps, n'être que motrice pour devenir secondairement psychique.

L'excitation motrice fréquemment présente devient réanimatrice, en ce qu'elle permet à l'enfant la résurgence du trauma, source de l'excitation initiale qui a été impossible à métaboliser. Cette excitation initiale avait entraîné non un refoulement mais une répression massive vidant le préconscient de toutes ses représentations. C'est en repassant par elle (l'excitation initiale), par sa répétition, par sa

maîtrise dans le registre activité/passivité, à travers le jeu moteur et les scénarios figuratifs, que va s'élaborer la possibilité d'une reprise de la pensée qui permet qu'un acte prenne sens. C'est le retour à l'intrapsychique et à ce que nous appellerions l'épaisseur du psychique. Cette mise en jeu corporelle va favoriser le surgissement émotionnel ainsi que l'irruption de la trace sensorielle traumatique qui permettra à partir d'elle de nourrir la figurabilité dans le jeu permettant la représentance et enfin la représentation avec possibilité de glissement et de jeu entre les représentations. Il y a dans ce type de travail la prise en compte de la difficulté à accéder à la fonction symbolique, l'utilisation du corps et du mouvement pour permettre le lien entre le vécu émotionnel et des proto-représentations (véritables images mentales) qui surgissent de la mise en jeu du corps dans un espace thérapeutique. C'est en repassant par l'émotion, la sensation vécue dans le corps, que l'on peut redonner du sens à un comportement qui retrouve des racines pulsionnelles et faire advenir une parole là où était un cri. Il est difficile pour ces patients d'entrer « en représentance ». C'est pourtant la mise en représentation qui viendra faire entrer l'enfant dans la possibilité de construire son histoire, qui permettra d'en refouler le potentiel traumatique. Le travail de groupe par l'excitation qu'il suscite peut permettre cette mise en représentation.

Quand il s'agit davantage de répétition à l'identique dans un *acting* compulsif, (comme souvent dans le traumatisme), c'est en repassant par l'émotion que l'on peut retrouver la possibilité de glissement d'une représentation à une autre par une parole transitionnelle apportée par le thérapeute et qui précède la parole associative. Ces groupes travaillent à partir des processus d'imitation, mais permettent un décalage de cette imitation par le retour qu'en fait le thérapeute, retour qui ouvre à une compréhension empathique et métaphorisante. Cela permet à l'enfant d'arriver à une figuration en « presque comme », puis dans un second temps au jeu « comme si » et enfin à la créativité. La figuration d'évènements émotionnels est souvent fournie par les thérapeutes, les représentations figuratives verbales ou motrices étant le plus souvent celles des enfants du groupe. Parfois on pourra passer par la mise en parole et le lien conscient ou non avec sa propre histoire, mais cela reste exceptionnel.

Exemples cliniques

Nous construisons des groupes selon les niveaux de représentations présents chez l'enfant, tous articulent la place donnée à la motricité et celle donnée à la construction et à la mise en scène d'un récit en proportion des capacités des enfants.

Groupe dit de symbolisation

Avec des enfants jeunes soit en âge (trois à six ans), soit en niveau de développement, l'objectif est de permettre des

expériences corporelles, ludiques et symboliques, à la fois entre eux et avec les adultes. Nous avons mis l'accent sur le « faire-semblant », premier et seul décalage possible à ce stade. Nous n'incitons jamais un enfant à jouer, nous tolérons tout autant l'inhibition que l'excitation intense, dans la mesure où il n'y a pas d'*acting* agressif sur lui ou sur autrui.

Mais ce qui caractérise ces groupes, c'est l'abstinence des thérapeutes qui ne sollicitent pas les enfants, mais sont totalement disponibles, attentifs et observateurs, prêts à jouer à leur demande. Ils ne répondent ni aux questionnements, ni aux demandes de réassurance. Cette attitude, classique en psychothérapie, va, par l'effet de surprise qu'elle crée, entraîner une mobilisation de l'enfant avec souvent une résurgence d'angoisse qui va se traduire par des attitudes comportementales : l'excitation ou l'inhibition, qui sont des activateurs de proto-représentation. Nous ne pouvons reprendre ici toute la clinique de ces groupes [4] mais seulement montrer comment elle répond à la clinique du traumatisme.

L'enfant est ainsi « mis en acte » par le jeu et se trouve pris dans une figuration qui lui échappe consciemment. Cela n'est possible que si la fonction de contenant et de fournisseur de représentation de l'adulte est là. On est là dans une fonction centrale dans le cadre du traumatisme.

Pour d'autres enfants, les choses seraient un peu différentes, seule la motricité ou, à la limite, l'excitation provoquée chez l'autre par leur propre comportement, serait investie ; elle leur permet de se sentir exister, la pensée et les liens qu'elle suppose à l'objet étant vécus comme dangereux. Ne pourrait-on envisager que, comme pour les patients dont parle Claude Balier, ces enfants qui présentent des carences de symbolisation sont dans l'impossibilité de se représenter leurs vécus émotionnels, qu'ils sont obligés d'avoir recours à ce qu'il appelle « le recours à l'acte », seule solution face au risque ressenti lorsqu'ils doivent être en lien avec l'objet [4].

Dans ce cas, ils ont recours à un clivage étanche du moi qui coupe l'acte de ses représentations ; mais celles-ci restent enfouies, encryptées pourrions-nous dire. Ce sont les figurations fournies dans le groupe qui vont permettre à travers ce recours à l'acte souvent violent et inattendu, (parfois même sous la forme d'une parole directement reprise du traumatisme), que soit ouverte pour l'enfant la possibilité d'un lien entre cet acte et son sens, possibilité maintenant accessible et rendue non dangereuse par le contre-transfert des thérapeutes et possible grâce au travail de mémoire.

Le délai, la mise en latence ou en mémoire d'un événement permet de quitter l'actualité de la violence qui réduit le temps à l'instant présent. L'excitation et la motricité agie suppriment à la fois le passé et l'avenir pour réduire le temps et l'existence à l'acte. La mise en latence permet la reprise de la circulation des représentations.

Groupe de constitution de récits

Lorsque les enfants ont construit les prémisses de la pensée symbolique mais qu'ils en restent essentiellement aux expressions émotionnelles ou motrices, les moyens utilisés sont multiples (parole, histoires, jeu dramatique, psychodrame, représentation graphique. . .) et se décident de façon associative et différente à chaque séance de façon transférentielle. L'objectif poursuivi est de permettre à l'enfant à travers un récit familier, souvent « appris » en famille ou à l'école, de se construire une représentation imagée de l'histoire qui se traduira par une possibilité de produire des représentations graphiques, verbales ou motrices.

Le plaisir du jeu, qui articule récit construit par les enfants et mise en représentation, est indispensable pour assurer une liaison entre émotions et représentations. Les modifications de détail introduisent la problématique individuelle à la fois dans le récit mais aussi dans le jeu. Toutes ces petites différences, au sens de M. de M'Uzan, sont importantes à repérer. C'est le temps de la constitution de récit qui permet progressivement la maîtrise des angoisses persécutives, qui se jouent dans la répétition d'histoires dont la variabilité des scénarios vient nous montrer qu'il existe une possibilité de construire sa propre histoire.

C'est bien là l'enjeu du travail en groupe thérapeutique : à travers les jeux qui s'inventent et se construisent, se rétablit une forme organisée de l'excitation psychique, une forme de fonctionnement psychique dans lequel la libido retrouve ses points d'ancrage corporel et émotionnel à partir de la répétition d'une représentation antécédente mais qui n'avait pu aboutir à la conscience.

Cela ne peut se faire que dans la fonction pare-excitante des thérapeutes qui, à l'instar de la mère alternativement excitante et calmante, permet la mise en place intrapsychique de la fonction pare-excitante. Mais cela ne suffirait pas : les thérapeutes doivent aller chercher dans leur fonctionnement psychique propre, les ressources de leur propre ambivalence, signe de l'intrication pulsionnelle, qui permettra face à la violence du pulsionnel de l'enfant, de faire advenir la temporalité, la mise en latence et surtout les courants tendres.

La variation des modes de représentation par les différents dispositifs permet de voir comment l'enfant se réapproprie les images et les représentations que l'adulte a pu lui fournir, et évite l'effet de « copiage en faux self ». Cette réappropriation se traduit par une certaine distance dans le jeu, par la possibilité d'intégrer les interventions des autres en leur répondant sur le mode du jeu, par un déplacement symbolique sur un objet de sa propre problématique, par la capacité d'imaginer dans l'espace de la pièce des espaces différents avec possibilité de ne pas « voir » ce qui s'y passe. Ces jeux se répéteront souvent pour en assurer la maîtrise, ces répétitions (de la même façon qu'on l'a vu précédemment dans les jeux purement moteurs) vont faire

apparaître des complexifications des scénarios et parfois de façon fulgurante une référence quasi explicite à la propre histoire de l'enfant. Ce cadre favorise à la fois la distanciation de l'expérience par le récit et l'accès à la narrativité en « imaginant ».

C'est à ce stade du fonctionnement groupal que le thérapeute peut être amené à donner des interprétations individuelles, ce qui reste très exceptionnel. En revanche, ce qui est plus fréquent, c'est la réponse dans le jeu à partir du travail associatif sur chaque histoire individuelle, à condition que l'irruption de celle-ci soit suffisamment élaborée pour ne pas être traumatique. Le thérapeute élabore donc de façon associative comme dans une psychothérapie, et la présence de plusieurs enfants et du groupe de thérapeutes lui fournit un stimulant important.

Nous n'avons que rarement le sentiment contre-transférentiel d'avoir « encore joué la même chose » comme cela a pu nous arriver en thérapie individuelle, l'effet de répétition est atténué. C'est à travers tous ces mouvements, qui nous semblent pouvoir être rattachés aux transferts des enfants, en ce qu'ils représentent des possibilités de déplacement, de projection sur les thérapeutes, que va peu à peu s'élaborer la notion de groupe, bien plus que dans les concepts habituels développés dans les travaux théoriques sur le groupe. Les enfants sont devenus sensibles à la présence des autres sans pour autant l'explicitier.

En conclusion, comme le montre nos exemples cliniques les effets des traumatismes dans l'enfance sont importants tant dans l'enfance elle-même que dans le devenir à l'âge adulte. Cette clinique nous confronte à l'irreprésentable qui rend difficile la constitution d'un récit qui seule pourrait introduire à la narrativité et non à la répétition voire à la reviviscence du traumatique. Cette clinique du traumatisme rejoint beaucoup des pathologies rencontrées aujourd'hui en pédopsychiatrie, celles-ci supposent que se développent des thérapies nouvelles qui viennent permettre l'accession à la représentation. C'est l'objectif des psychothérapies en groupe telles que nous les pratiquons qui permettent à travers la figuration motrice et la reviviscence émotionnelle de construire une représentation figurée de l'irreprésentable.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Bokanowski T. *Traumatisme, traumatique, trauma*, « La séduction traumatique ». *Rev Fr Psychanal* 2002 ; TLXVI3 : 745-57.
2. Bokanowski T. *Le concept de trauma chez S. Ferenczi. Monographies de Psychanalyse : « Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation »*. Paris : PUF, 2005 (pp. 27-42).
3. Bourrat MM. *Traumatisme, récits et crises. Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2001 ; 49 : 521-5.
4. Bourrat MM. Excitation : facteur de violence ou facteur d'intégration du moi ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002 ; 50 : 429-33.
5. Bourrat MM. Hyperexcitabilité, hyperactivité et traumatisme. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 ; 52 : 210-8.
6. Bourrat MM, Olliac B. *Psychothérapies de groupe, Psychiatrie de l'enfant*. Paris : Lavoisier Médecine-Sciences, 2011 (pp. 372-375).
7. Bourrat MM. Traumatisme et psychanalyse : comment passer de l'excitation à la mise en représentation ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012 ; 60 : 324-31.
8. Cyrulnik B. *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob, 1999.
9. Cyrulnik B. *Je me souviens...* Paris : Éditions Odile Jacob, 2010.
10. De Clercq M, Dubois V. *Le traumatisme psychique, les traumatismes psychiques, Médecine et psychothérapie*. Paris : Masson, 2001 (pp. 13-22).
11. Danon-Boileau L. *Des enfants sans langage*. Paris : Odile Jacob, 2002.
12. Dreyfus S. *Freud le trauma : culpabilité et détresse. Monographies de psychanalyse, « Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation »*. Paris : PUF, 2005 (pp. 11-26).
13. Ferenczi S. (1933) *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant, Œuvres complètes IV (1927-1933)*. Paris : Payot, 1982 (pp. 125-138).
14. Ferenczi S. *Réflexions sur le traumatisme, Œuvres complètes IV (1927-1933)*. Paris : Payot, 1934 (pp. 139-147).
15. Freud S, Breuer J. *Études sur l'hystérie*. Paris : Bibliothèque de Psychanalyse PUF, 1885 (1973).
16. Freud S. *Conférences d'introduction à la psychanalyse*, 1915. Paris : Gallimard 2010. Coll. "Folio Essai", 4e éd.
17. Freud S. *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Folio Essais Gallimard, 1992.
18. Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In : *Essai de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1920 (pp. 13-28) (1976).
19. Freud S. Inhibition symptôme et angoisse. Paris : Bibliothèque de Psychanalyse PUF, 1926 (p. 47-54 et 85-102) (1973).
20. Freud S. *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Paris : Seuil, 2012. Point Essai n° 685.
21. Janin C. « Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme » ; *Monographies de Psychanalyse, « le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation »*. Paris : PUF, 2005 (pp. 43-55).
22. Mises R. Les pathologies limites de l'enfant. *Psychiatrie Française* 2006 ; (n° spécial) : 7-20.
23. Olliac B. Spécificités du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012 ; 60 : 307-14.